

درک مردان در انتظار اولین فرزند از بارداری حاصل لقاح آزمایشگاهی: یک مطالعه کیفی

رقیه بایرامی* فاطمه عفتی داریانی** معصومه حاج شفیعهها*** رکسانا جان قربان****

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: زوج‌ها در بارداری‌های حاصل از لقاح آزمایشگاهی در مقایسه با بارداری‌های طبیعی با مشکلات متعددی مواجه هستند. اکثر تحقیقات زنان را مورد توجه قرار داده‌اند و به مردان توجه کم‌تری شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین درک مردان در انتظار اولین فرزند از بارداری حاصل لقاح آزمایشگاهی انجام یافته است.

روش بررسی: این مطالعه کیفی از فروردین تا اسفند ماه ۱۳۹۶ در مرکز درمان ناباروری بیمارستان شهید مطهری شهر ارومیه انجام یافته است. داده‌ها با انجام ۱۹ مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق انفرادی جمع‌آوری شد. مشارکت‌کنندگان از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف تا رسیدن به اشباع اطلاعات از بین مردانی که همسران آن‌ها با روش لقاح آزمایشگاهی باردار شده بودند، انتخاب شدند. داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی، با نرم‌افزار MAXqda نسخه ۱۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از تجزیه و تحلیل داده‌ها چهار طبقه «بیم و امید به پیامد درمان»، «ترس از انگ اجتماعی»، «نگرانی تأمین مالی» و «نیاز به مشارکت و آموزش» حاصل شد.

نتیجه‌گیری: مردانی که همسر آن‌ها با روش لقاح آزمایشگاهی باردار شده‌اند، انتظارات و نیازهایی دارند که باید مورد توجه قرار گیرد. آنان از یک سو از انگ اجتماعی ناباروری و جنین‌اهدایی، پیامد درمان و مشکلات اقتصادی درمان نگرانند و از سوی دیگر انتظار دارند در فرایند درمان ناباروری و مراقبت‌ها مشارکت داده شوند.

نویسنده مسئول:
رکسانا جان‌قربان؛
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی شیراز

e-mail:
janghorban@sums.
ac.ir

واژه‌های کلیدی: لقاح داخل آزمایشگاهی، ناباروری، مردان

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۶ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۷ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۷/۴/۶

مقدمه

ناباروری به صورت عدم بروز بارداری پس از یک سال انجام مقاربت منظم و بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری تعریف می‌شود (۱). از گذشته‌های دور تا به امروز افراد با این مشکل بزرگ یعنی نازایی دست به گریبان بوده‌اند، ناباروری همیشه به عنوان یک معضل عظیم مؤثر بر زندگی افراد،

اثرات ویرانگری به همراه داشته است (۲). ناباروری یکی از مشکلات عمده پزشکی در دنیای امروز است. بنابر گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۷۰ میلیون زوج در سراسر دنیا و بیش از یک میلیون زوج در ایران از این مشکل رنج می‌برند (۳). روند میزان ناباروری در طول زندگی زوج‌های ایرانی براساس فراتحلیل مطالعات مرتبط در بازه زمانی ۲۰۱۰-۲۰۰۱، به ترتیب در سال ۲۰۰۱، ۲/۸ و در سال ۲۰۱۰، ۲۴/۹٪ گزارش شده است (۴).

اکثر افراد نابارور در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. تمایل به والد شدن باعث

* گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران؛ مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
** گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
*** گروه آموزشی زنان و زایمان دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران؛ مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
**** گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران؛ مرکز تحقیقات بیماری‌های مادر و جنین، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

می‌شود ۵۰٪ زوج‌های نابارور در جستجوی درمان ناباروری که به طور اولیه شامل درمان دارویی و جراحی می‌شود، باشند (۵). اگر درمان‌های خط اول کارساز نباشد، حدوداً به ۳٪ این زوج‌ها توصیه می‌شود که تحت درمان با روش‌های کمک باروری قرار بگیرند. لقاح داخل آزمایشگاهی حدود ۹۹٪ روش‌های کمک باروری را تشکیل داده و میزان موفقیت آن ۲۰/۲-۱۶/۶٪ است (۶). با شروع فرایند این نوع درمان زوج‌ها تحت انواع درمان‌ها از قبیل تحریک تخمک‌گذاری، پایش منظم، برداشت اووسیت، انتقال جنین و تزریق پروژسترون قرار می‌گیرند (۷). فرایند درمان، ارزیابی‌ها و تزریقات مکرر باعث ایجاد آشفتگی در زندگی روزمره زوج‌ها می‌شود (۸). فن‌آوری‌های پیشرفته درمان که به سرعت در حال گسترش است، از یک طرف باعث افزایش امید افراد نابارور به درمان و از طرف دیگر باعث افزایش رنج ناشی از ناباروری و شکست روش‌های درمان شده است (۹).

مطالعات نشان داده که ناباروری و درمان آن بر فعالیت جنسی، اعتماد به نفس، ارتباطات زوج‌ها تأثیر گذاشته و باعث بروز احساس تنهایی و طرد شدن، مواجهه با درمان‌های پرزحمت، وسواس در مورد باردار شدن، احساس افسردگی، ناتوانی، ناامیدی، خستگی، گيجی، عصبانیت و از پا درآمدن می‌شود (۱۰). والدین در بارداری‌های حاصل از لقاح آزمایشگاهی در مقایسه با بارداری‌های طبیعی با مشکلات متعددی مواجه هستند. هم قبل و هم بعد از لقاح آزمایشگاهی، والدین با نگرانی‌هایی در زمینه سلامت جنین و سازگاری

با جنین مواجه هستند و به همین جهت نیازمند دریافت مشاوره و مراقبت می‌باشند (۱۱). مطالعات نشان داده است، علی‌رغم این که بارداری پس از روش‌های کمک باروری یک تجربه پر استرس برای زوج‌ها می‌باشد، اما تفاوت‌های جنسیتی در واکنش‌های احساسی هر یک از آن‌ها مشهود است. یک مرور نظام‌مند بر مطالعات موجود نشان داده است که سطح افسردگی و اضطراب زنان قبل از انجام روش‌های کمک باروری افزایش می‌یابد و در روز انتقال و در دوره انتظار برای مشخص شدن نتیجه تست بارداری بیش‌ترین افزایش را دارد، ولی در مردان سطح افسردگی و اضطراب قبل از انجام این روش‌ها افزایش می‌یابد و در زمان انتظار نتیجه درمان و پس از آن به بالاترین سطح خود می‌رسد (۱۲ و ۱۳). حدود ۱۰٪ از پدران مشکلات مرتبط با سلامت روان را در دوره قبل و پس از بارداری به روش طبیعی تجربه می‌کنند (۱۴). مطالعات محدود انجام یافته بر سلامت روان مردانی که به دنبال روش‌های کمک باروری در مرحله گذار پدر شدن هستند، حاکی از سطح بالای اضطراب، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس آنان در مقایسه با بارداری طبیعی است (۱۵).

در جامعه‌ای که برابری جنسیتی را مهم می‌داند، باید هر دو جنس به یک اندازه در مراقبت‌های بارداری و آمادگی برای والد شدن مورد توجه قرار گیرند. این در حالی است که از زمان کنفرانس جمعیت و توسعه (۱۹۹۴) برای ترویج بهداشت باروری و سلامت مادران و همچنین در رسیدن به اهداف توسعه هزاره یعنی سلامت مادران، برابری جنسیتی، کاهش

مرگ و میر کودکان، ریشه‌کنی بیسواد و ریشه‌کنی بیماری‌ها، بر مشارکت مردان تأکید زیادی می‌شود (۱۶). پدران در انتظار فرزند، مانند مادران باردار، نیاز به حمایت و مراقبت دارند، اما قبل از هر گونه مداخله آموزشی، تحقیق و نیازسنجی لازم است تا مراقبت مطابق با فرهنگ و نیازهای مردان همان جامعه طراحی و اجرا شود.

توجه به تجارب مردان از بارداری چه به طور طبیعی و چه به طور لقاح داخل آزمایشگاهی از دو جنبه می‌تواند مفید باشد: هم برای همسرانشان، به طوری که مردان نقش کلیدی در حمایت روانی زنان را در طول بارداری دارند و هم برای خود مردان بدین جهت که آگاهی از تجارب مردان از بارداری و نقش پدری این فرصت را به ماماها و سایر ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی می‌دهد که مراقبت و حمایت صحیحی از مردان در طول بارداری همسر و انتقال به دوره پدری فراهم نمایند. ارایه چنین خدماتی بدون مطالعات اولیه ممکن است موجب بروز نگرانی‌هایی در زمینه تحمیل نتایج مطالعات غربی در مورد نقش‌ها و ارزش‌های جنسیتی گردد. در حال حاضر شناخت کافی و عمیقی از درک مردان در مورد بارداری حاصل از لقاح آزمایشگاهی وجود ندارد. این در حالی است که تحقیق کیفی به عنوان روشی مناسب جهت کشف ویژگی‌ها و تجربیات افراد و آنچه که در پس آن تجربیات قرار دارد، محسوب می‌شود. علاوه بر این، این گونه تحقیقات درباره چرایی و چگونگی یک پدیده به طور عمیق‌تری نسبت به روش‌های کمی نظر می‌دهند (۱۷) که جهت حل مشکلات و

کمک به زوج‌های نابارور در فرآیند تصمیم‌گیری و همچنین برنامه‌ریزی، این شناخت مورد نیاز است. در این مطالعه از رویکرد کیفی استفاده شد تا از نقاط قوت آن که همان درک زمینه‌های فرهنگی اجتماعی دخیل و انعکاس صدای مشارکت‌کنندگان است، استفاده شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین درک مردان از بارداری همسرانشان با روش لقاح آزمایشگاهی انجام یافت تا از نتایج آن بتوان در سیاست‌گذاری، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای پیرامون روش‌های کمک باروری برای جامعه ایران استفاده کرد.

روش بررسی

این مطالعه کیفی تحلیل محتوا از فروردین تا اسفند ماه ۱۳۹۶ در مرکز درمان ناباروری بیمارستان شهید مطهری شهر ارومیه- ایران انجام یافته است. مشارکت‌کنندگان این مطالعه مردان بارور یا نابارور تک همسری بودند که همسر آن‌ها به روش IVF از اسپرم و تخمک متعلق به خود زوج‌ها، باردار شده بودند، سن بارداری بیش از ۲۰ هفته بود، فاقد فرزند بیولوژیک یا فرزندخوانده بودند و به شرکت در مصاحبه تمایل داشتند. معیارهای خروج از مطالعه نیز انصراف مشارکت‌کننده در هر مرحله از پژوهش از همکاری و شرکت در مصاحبه بود. روش نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بوده و نمونه‌گیری با حداکثر تنوع و دامنه تغییرپذیری صورت گرفت که می‌توانست به انتقال‌پذیری یافته‌ها کمک بیش‌تری کند.

در این مطالعه مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۱۹ نفر از مردانی که همسر آن‌ها با روش IVF باردار شده بودند، انجام یافت. مشارکت‌کننده‌ها براساس معیارهای ورود به مطالعه از بین مردانی که غنی از اطلاعات بودند، توانایی برقرار ارتباط و تمایل به بیان اطلاعات خود داشتند، انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت؛ به گونه‌ای که داده جدیدی از مصاحبه‌ها به دست نیامد و داده‌ها فقط تکرار داده‌های جمع‌آوری شده قبلی بودند. تعداد مشارکت‌کنندگان به وسیله عمق اطلاعات مورد نیاز تعیین شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در صورت موافقت مردان برای شرکت در مصاحبه در مورد زمان و مکان انجام مصاحبه، هماهنگی لازم انجام می‌گرفت. مصاحبه‌ها در مرکز درمان ناباروری و در اتاق خلوت انجام یافت. در زمان مصاحبه، محقق ضمن معرفی خود و توجیه افراد در مورد اهداف طرح و اخذ رضایت آگاهانه در خصوص امکان ضبط مصاحبه آنان و اطمینان از محرمانه بودن تمام مطالب ذکر شده، با پرسش اطلاعات فردی و ایجاد رابطه مناسب و جلب اعتماد مردان، شرایط را برای انجام مصاحبه فراهم می‌کرد. ابتدا برای مشارکت‌کنندگان هدف از انجام مطالعه، علت انتخاب مردان برای تحقیق، نقش آن‌ها در مطالعه، فواید شرکت آن‌ها در تحقیق، محرمانه ماندن اطلاعات، حق آن‌ها برای شرکت یا عدم شرکت در تحقیق و چگونگی تماس با محقق توضیح داده می‌شد، در صورت موافقت مشارکت‌کننده برای شرکت در پژوهش، از آن‌ها رضایت کتبی آگاهانه کسب می‌شد.

جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته استفاده شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق بودن، در پژوهش‌های کیفی مناسب است (۱۸). مصاحبه با سؤال آغازین «تجربه خود از بارداری همسر را توصیف نمایید» شروع می‌شد. سؤالات بعدی با توجه به توصیف‌های ارائه شده توسط شرکت‌کنندگان و به منظور عمق بخشیدن به آن‌ها پرسیده می‌شد. پرسش‌های زیر نمونه‌ای از این گونه سؤالات می‌باشد: - ممکن است در این مورد توضیح بیشتری بدهید؟ - منظور شما از این جمله چیست؟ در این مطالعه حالات چهره و اشارات غیرکلامی از سوی مشارکت‌کنندگان مورد توجه قرار می‌گرفت. در پایان مصاحبه از مشارکت‌کننده خواسته می‌شد تا اگر حرف نگفته‌ای دارد، بیان نماید و در نهایت پس از تشکر و قدردانی از مشارکت‌کننده در خصوص احتمال انجام مصاحبه‌های بعدی نیز صحبت می‌شد. طول مدت هر مصاحبه به طور متوسط ۶۰ دقیقه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری داده‌ها توسط نرم‌افزار MAXqda نسخه ۱۰ و به روش تحلیل محتوای Graneheim و Lundman انجام گرفت (۱۹). پس از اتمام هر مصاحبه، متن آن در اولین فرصت نوشته می‌شد. در ابتدا جهت درک داده‌ها و غرق شدن در آن، بارها متن مصاحبه‌ها خوانده می‌شد تا مفاهیم آشکار و پنهان موجود در توصیف مشارکت‌کنندگان، مشخص شود و در نهایت مضمون اصلی استخراج و کدگذاری اطلاعات با توجه به محتوای متن مصاحبه انجام می‌گرفت. پس از

آن کدها براساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان مقایسه شدند و کدهای مشابه یا دارای معنی و مفهوم شبیه به یکدیگر در یک گروه قرار گرفتند، بر این اساس طبقات اولیه‌ای از کدها به دست آمد. طبقات اولیه به دست آمده نیز با یکدیگر مقایسه شده و طبقات با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی شدند. روند طبقه‌بندی ادامه یافت و در پایان، زیرطبقات و طبقات اصلی به دست آمد. روند کار بدین صورت بود که پس از مطالعه دقیق و تحلیل اولیه متن هر مصاحبه، جهت انجام مصاحبه بعدی برنامه‌ریزی می‌شد. در این مطالعه جهت تأیید صحت یافته‌ها، از معیارهای بیان شده توسط Guba و Lincoln (اعتبار یا مقبولیت (Credibility)، قابلیت اعتماد یا همسان بودن (Dependability)، انتقال‌پذیری (Transferability) و تأییدپذیری (Confirmability) استفاده شد (۲۰). برای افزایش اعتبارپذیری یافته‌ها از روش‌های مختلفی مانند تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و چک کردن یافته‌ها با شرکت‌کنندگان استفاده شد. بازنگری توسط همکار، روش دیگری بود که برای تأیید اعتبار پژوهش‌های کیفی به کار گرفته شد. بدین منظور طبقات پدیدار شده به همکارانی که در زمینه پدیده مورد مطالعه و روش تحقیق کیفی تجربه داشتند، ارایه شد تا جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها را بررسی و در مورد صحت آن اعلام نظر نمایند. برای تأمین اعتماد یافته‌ها از روش ناظر خارجی برای بررسی احتمال درک مشابه او با پژوهشگر و جستجو برای موارد مغایر استفاده شد. این مسأله از طریق ارایه

کدهای اولیه از تفسیر تجارب شرکت‌کنندگان، مثال‌هایی از چگونگی استخراج طبقات و گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها برای هر یک از طبقات، صورت گرفت. به منظور تأمین انتقال‌پذیری تحقیق، نتایج به افرادی که در تحقیق شرکت نداشتند، ارایه گردید تا درباره وجود تشابه بین نتایج پژوهش و تجارب خود قضاوت نمایند. جهت حصول تأییدپذیری، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده، چگونگی شکل‌گیری طبقات و درون‌مایه ارایه گردید تا ناظران خارجی و افرادی که در تحقیق شرکت نداشتند، قادر باشند تأییدپذیری داده‌ها را بررسی نمایند.

مطالعه حاضر در کمیته منطقه‌ای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد ۲۷۸۶-۳۳-۰۱ مورد تأیید قرار گرفته و کلیه ملاحظات اخلاقی مانند اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات آنان در این مطالعه رعایت شده است. قبل از انجام هر مصاحبه به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که آن‌ها می‌توانند در هر زمان که مایل باشند از مطالعه خارج شوند، بدون آن که به روند مراقبت آن‌ها خدشه‌ای وارد گردد.

یافته‌ها

محدوده سنی مردان شرکت‌کننده در پژوهش بین ۲۶-۴۴ سال و میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان از راهنمایی تا فوق لیسانس بود (جدول شماره ۱).

براساس تحلیل درک مردانی که همسرشان با روش IVF باردار شده بودند،

بیاد» (مشارکت‌کننده ۳۲ ساله، ۷ سال ناباروری).

مشارکت‌کننده دیگری بیان کرد: «تا خانم آخ می‌گه دلم می‌ریزه. نکنه زودتر از وقتش زایمان کنه و بچه زنده نمونه» (مشارکت‌کننده ۴۴ ساله، ۱۵ سال ناباروری).

۲. نگرانی از انتقال مشکلات به جنین

یک نگرانی که بیش‌تر مشارکت‌کننده‌های تحصیل کرده به آن اشاره کرده بودند ترس از انتقال ژنتیکی ناباروری به جنین بود. یکی از مشارکت‌کننده‌ها اظهار داشت:

«همش نگرانم این که مشکل ناباروری من به فرزندم منتقل بشه و اونم بعداً نابارور باشه» (مشارکت‌کننده ۳۱ ساله، ۵ سال نازایی).

آن‌ها همچنین از این که جنین در حین انتقال آسیب ببیند و بعداً دچار نقایص جسمی شود، نگران بودند. مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت: «بالاخره جنین دست‌کاری شده و خدا خدا می‌کنم که سالم باشه» (مشارکت‌کننده ۳۳ ساله، ۶ سال ناباروری).

برخی از مشارکت‌کننده‌ها نگران بیماری‌های ژنتیکی جنین بودند. یک مشارکت‌کننده با تحصیلات عالی گفت: «نگرانی من بیش‌تر به خاطر اینه که جنین از نظر ژنتیکی آسیب ببینه» (مشارکت‌کننده ۲۶ ساله، ۳ سال ناباروری).

۳. خوش‌بینی نسبت به نتیجه درمان

برخی مشارکت‌کنندگان با نگرانی مثبت‌اندیشی نسبت به نتیجه درمان نگاه می‌کردند، تا جایی که می‌گفتند در بارداری بعدی نیز IVF را انتخاب خواهند کرد. یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت:

ابتدا ۵۹۴ کد استخراج شد که پس از انجام مقایسه و ادغام کدهای مشابه نهایتاً ۱۶۲ کد، نه زیرطبقه و چهار طبقه بیم و امید به پیامد درمان، ترس از انگ اجتماعی، نگرانی تأمین مالی و نیاز به مشارکت و آموزش، حاصل شد (جدول شماره ۲).

الف- طبقه «بیم و امید به پیامد درمان»

اکثر مردان از همان ابتدای شروع درمان در کنار امید به پیامد درمان، نگران پیامد حاصل از آن نیز بودند. نگرانی مردان در این حوزه نگرانی و ترس از سلامت همسر و جنین هر دو را شامل می‌شد. این طبقه شامل سه زیرطبقه به شرح زیر است:

۱. نگرانی از سلامت بارداری

یکی از مصادیق نگرانی‌های این مردان، نگرانی از پیامد بارداری حاصل IVF بود. آن‌ها همواره نگران موفقیت‌آمیز بودن روش درمان بودند. آن‌ها اظهار داشتند همواره فکر سقط شدن جنین، مشکلات حین زایمان، زایمان زودتر از موعد آنان را نگران می‌کند. یکی از مشارکت‌کننده‌ها بیان داشت:

«بعد انتقال جنین من شبها خوابم نمی‌برد. دائم نگران بودم که نکنه این دفعه هم نگیره» (مشارکت‌کننده ۳۵ ساله، ۵ سال ناباروری).

برخی نیز نگران زایمان و پیامدهای آن بودند که توسط چه کسی و در چه زمانی انجام خواهد گرفت و پیامد آن برای نوزاد و مادر چه خواهد بود.

در مورد همین موضوع مشارکت‌کننده دیگری اشاره داشت که: «من همش نگرانم و می‌ترسم از این که زایمان توسط فرد بی‌تجربه انجام بگیره و مشکلی برای بچه و خانم پیش

نزنند» (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله، ۶ سال ناباروری).

«همه از افراد فامیل گرفته تا دوست و آشنا کنجاوند که بدونند ما خودمون بچه‌دار می‌شیم یا نه. الان که خانم نزدیک زایمانش من به هیچکس در مورد روش درمان حرفی نزده‌ام. چون حرف و حدیث زیاده و فرهنگ جامعه‌مون پایینه» (مشارکت‌کننده ۳۹ ساله، ۷ سال ناباروری).

«می‌دونین وقتی به قول خودشون بهت می‌گن اجاقت کوره، حس بدیه، معنیش اینه که نمی‌تونن مثل بقیه بچه‌دار بشی، پدر بشی، مادر بشی» (مشارکت‌کننده ۳۳ ساله، ۶ سال ناباروری).

«من هیچ‌وقت در جمع در مورد هیچ بچه‌ای صحبت نمی‌کنم و یا در جمع با بچه‌ای ور نمی‌رم تا اطرافیان با چشمشون ابراز ترحم نکنند و اجاق کور نگند» (مشارکت‌کننده ۳۴ ساله، ۵ سال ناباروری).

۲. ترس از انگ‌هدایی بودن جنین

از دیگر زیرطبقات ترس مشارکت‌کنندگان از انگ اجتماعی انگ جنین‌هدایی بود. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که آن‌ها نگرانند که افراد فامیل و آشنایان بعد از انجام IVF فکر کنند که با روش جنین‌هدایی بچه‌دار شده‌اند و بچه از خودشان نیست. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «ما به هیچکس نگفتیم که قصد انجام IVF را داریم فقط پدر و مادرهامون و خواهرم. چون ممکنه فکر کنند که جنین‌هدایی بوده و مال خودمون نیست» (مشارکت‌کننده ۳۶ ساله، ۹ سال ناباروری).

همچنین: «تا الان که خانم ۷ ماهه بارداره به هیچ کس نگفتیم که با IVF باردار شده. چون

«من خیلی امید دارم که سه چهار ماه دیگه پسر صحیح و سالم به دنیا میاد و تا اون زمان روزشماری می‌کنم» (مشارکت‌کننده ۳۴ ساله، ۵ سال ناباروری).

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «من به کار خانم دکتر ... ایمان دارم و مطمئنم که مشکلی پیش نخواهد اومد. نه برای خانم و نه برای بچه» (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله، ۶ سال ناباروری).

مشارکت‌کننده دیگری ایمان به خدا و راز و نیاز به درگاه خدا را علت خوش‌بینی خود به درمان می‌دانست.

«من می‌دونم خدا خیلی مهربونه و راز و نیازهای من جای دور نمی‌ره. مطمئنم این درمان نتیجه می‌ده و بچه سالمی خواهیم داشت» (مشارکت‌کننده ۳۹ ساله، ۷ سال ناباروری).

ب- طبقه «ترس از انگ اجتماعی»

تقریباً تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش از این موضوع بیم داشتند که اطرافیان به محض اطلاع از درمان ناباروری و روش IVF تصور کنند که آنان با روش‌های جنین‌هدایی بچه‌دار شده‌اند. این طبقه شامل دو زیرطبقه به شرح زیر بود:

۱. ترس از انگ ناباروری

یکی از زیرطبقات انگ اجتماعی ترس از انگ ناباروری بود. مشارکت‌کنندگان اظهار می‌کردند که با سیلی از ترس‌ها و نگرانی‌ها در مورد برچسب ناباروری مواجه بوده‌اند. آن‌ها نگران بودند که افراد فامیل و آشنایان آن‌ها را «بی‌فرزند» و «اجاق کور» خطاب کنند و انگ ناباروری را به آن‌ها بزنند و امکان والد شدن آن‌ها را زیر سؤال ببرند. چند تا از نقل قول‌ها به قرار زیر بودند:

«ما به همه گفتیم خودمون فعلاً قصد بچه‌دار شدن نداریم تا برچسب نازایی بهمون

هزینه‌های درمان، به هزینه مسافرت و اسکان در هتل اشاره داشتند:

«رفت و آمد از شهرستان به این جا خیلی وقت‌گیر و سخته. هم کارمونو تعطیل می‌کنیم هم فامیلی نداریم اونجا، مجبوریم در مسافرخانه بمونیم تا درمان تکمیل بشه» (مشارکت‌کننده ۲۶ ساله، ۳ سال ناباروری).

۲. ترس از تأمین مالی خانواده در آینده
بیشتر مشارکت‌کننده‌ها علاوه بر ذکر هزینه‌های بالای روش IVF ترس خود از تأمین اقتصادی نیازهای خانواده در آینده را ذکر می‌کردند. مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت:

«علاوه بر هزینه‌های درمان، خود تأمین اقتصادی خانواده مشکلی جداست که بهش اضافه خواهد شد، می‌ترسم از پس اون بر نیام» (مشارکت‌کننده ۳۴ ساله، ۸ سال ناباروری).

مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت: «این همه هزینه کردیم باید زندگی بهتری را برای بچه فراهم کنیم که خیلی سخت خواهد بود» (مشارکت‌کننده ۴۴ ساله، ۱۵ سال ناباروری).

د- طبقه نیاز به مشارکت و آموزش

مردان مشارکت‌کننده در پژوهش از یک طرف تمایل به مشارکت در مراقبت‌های بارداری را داشتند و از طرف دیگر نیاز به مشاوره‌های زوجی، آموزش رفتارهای بهداشتی، طرز ارتباط با همسر و همچنین نیاز به آموزش‌هایی در رابطه با تغییرات روحی و روانی و نیازهای زوج‌های تحت درمان ناباروری را ذکر کردند. این طبقه شامل دو زیرطبقه است.

۱. تمایل به مشارکت در مراقبت بارداری
تمایل به مشارکت در فرآیند درمان و مراقبت بارداری مصداقی از نیاز و انتظارات مردان بود. تقریباً تمامی مشارکت‌کنندگان در مطالعه، تمایل به

بعد از زایمان هم فامیل و دوست آشنا خودمونو ول می‌کنند و می‌چسبند به بچه. که بچه این طوریه و بچه ضعیفه و مریضه و شکل خودتون نیست و نمی‌دونم از این حرفا ...» (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله، ۶ سال ناباروری).

ج- طبقه «نگرانی تأمین مالی»

تقریباً اکثر مردان از هزینه بالای درمان ناباروری و نگرانی برای تأمین هزینه و تسهیلات زندگی فرزندی که امید دارند در آینده متولد شود، صحبت کرده بودند. این طبقه شامل دو زیرطبقه به شرح زیر بود:

۱. تحمل هزینه‌های کمرشکن درمان ناباروری

یکی از زیرطبقات هزینه‌های کمرشکن درمان ناباروری بود. بیش‌تر مشارکت‌کننده‌ها ویزیت‌های مکرر، آزمایش‌ها، روش‌های پاراکلینیک و داروها را بسیار گران قیمت ذکر می‌کردند. آن‌ها علاوه بر این سفر به مرکز استان برای درمان و هزینه‌های هتل و غیره را بسیار بالا می‌دانستند. اکثر مشارکت‌کننده‌ها در مصاحبه خود به هزینه‌های بالای فرایند درمان از ابتدای مراجعه به پزشک تا درمان IVF و عدم پوشش بیمه‌ای مناسب اشاره داشتند:

«واقعاً درمان ناباروری خیلی هزینه بره راحت باید چند میلیون خرج کنی که برای بعضی‌ها خیلی زیاده» (مشارکت‌کننده ۳۴ ساله، ۷ سال ناباروری).

«حالا با این که برخی هزینه‌ها رو بیمه پوشش می‌ده ولی باز هزینه IVF خیلی بالاست و از پوشش بیمه‌ای مناسب برخوردار نیست» (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله، ۶ سال ناباروری).

بیشتر مشارکت‌کننده‌ها که برای درمان مجبور به مراجعه به مرکز استان بودند در کنار

حضور در جلسات معاینه پزشکان و مراقبت‌های پس از انتقال جنین را ذکر کرده بودند. آن‌ها دلیل تمایل به شرکت در اتاق پزشک را آگاهی از وضعیت همسر خود و در نتیجه حمایت از او در طول بارداری بیان می‌کردند. یکی از مشارکت‌کننده‌ها در خصوص عدم توجه تیم درمانی به مشارکت آنان بیان داشت:

«چرا نباید دکترا موقع ویزیت بارداری، ما رو به اتاقشون راه دهند، چرا ما رو کنار می‌ذارن. انگار فقط ذینفع خانمه!» (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله، ۶ سال ناباروری).

«من خیلی دوست دارم که در ویزیت‌ها و سونوگرافی‌ها همراه همسرم باشم» (مشارکت‌کننده ۳۲ ساله، ۴ سال ناباروری).

برخی مشارکت‌کننده‌ها دلیل تمایل به مشارکت در معاینات بارداری را حمایت از همسر ذکر کرده بودند. یکی از مشارکت‌کننده‌ها گفت:

«دلیل این که من می‌خوام با همسرم باشم اینه که از وضعیتش آگاه باشم تا بتونم ازش در شرایط دشوار حمایت کنم» (مشارکت‌کننده ۳۱ ساله، ۵ سال ناباروری).

۲. نیاز به دریافت مشاوره و آموزش زوجی

مردان عنوان می‌کردند که این آموزش و مشاوره باید برای هر دو نفر باشد و آن‌ها هم باید آموزش‌های لازم را دریافت کنند. تقریباً تمامی مشارکت‌کنندگان از عدم دسترسی به مرکز مشاوره و حتی مشاور به ویژه برای خودشان سخن می‌گفتند. در این مورد حتی مشارکت‌کنندگان تحصیل کرده نیز نیاز به مشاوره و آموزش را احساس کرده بودند، به طوری که دسترسی به اینترنت و شبکه‌های مجازی نیز نتوانسته بود نیاز آن‌ها را تأمین نماید. چون نسبت به مطالب اینترنت بی‌اعتماد بودند.

یکی از مشارکت‌کننده‌ها با تحصیلات عالی اظهار داشت:

«می‌دونی کار اینا مثل کاشتن یک نهاله. نهال رو می‌کارند بعد اونو رها می‌کنند به امون خدا. نهال رسیدگی می‌خواد. ما بعد IVF نیاز به رسیدگی و مشاوره داریم» (مشارکت‌کننده ۲۶ ساله، ۳ سال ناباروری).

مشارکت‌کننده دیگری گفت:

«بعد IVF خیلی سؤال برای ما پیش اومده، این که مسافرت بریم یا نه، روابط زناشویی چه جوری باشه؟ کسی به ما چیزی نگفته. اینا رو باید یه جایی باشه که به ما بگند و ما سؤال‌اتمونو بپرسیم» (مشارکت‌کننده ۳۳ ساله، ۶ سال ناباروری).

مشارکت‌کننده‌ها پیشنهاد کرده بودند که کلاس آموزشی برای مردان در همان مرکز تشکیل شود.

«روی اینترنت و شبکه مجازی نمی‌شه حساب باز کرد، باید مطالب رو از زبان پزشک و کادر بیمارستانی شنید. بهتره که برامون توی مرکز کلاس آموزشی بذارن» (مشارکت‌کننده ۳۹ ساله، ۷ سال ناباروری).

مشارکت‌کننده‌ها می‌گفتند:

«اگه ما اطلاعات زیادی در مورد بارداری، مشکلات و تغییرات بدن و نیازمندی‌های خانمون و بچه داشته باشیم بهتر و بیشتر می‌تونیم بهشون برسیم و حمایتشون کنیم» (مشارکت‌کننده ۲۷ ساله، ۶ سال ناباروری).

«اگه چند نفر باشند که بعد از این که جواب IVF مثبت شد در یک دوره مشخصی آموزش بدن خیلی بهتره مثل تغذیه و ...» (مشارکت‌کننده ۳۴ ساله، ۸ سال ناباروری).

جدول ۱- مشخصات مردان شرکت‌کننده در پژوهش

| ردیف | سن (سال) | تحصیلات | شغل | مدت ناباروری (سال) | فرد نابارور |
|------|----------|------------|--------|--------------------|-------------|
| ۱ | ۳۳ | لیسانس | آزاد | ۶ | شوهر |
| ۲ | ۳۵ | راهنمایی | کارگر | ۴ | شوهر |
| ۳ | ۳۰ | زیر دیپلم | آزاد | ۶ | زن |
| ۴ | ۲۸ | لیسانس | کارمند | ۴ | زن |
| ۵ | ۳۶ | راهنمایی | آزاد | ۹ | شوهر |
| ۶ | ۳۱ | لیسانس | کارمند | ۵ | شوهر |
| ۷ | ۳۴ | دیپلم | آزاد | ۸ | زن |
| ۸ | ۳۲ | دیپلم | آزاد | ۴ | زن |
| ۹ | ۳۲ | دیپلم | آزاد | ۷ | زن |
| ۱۰ | ۲۷ | دیپلم | کارگر | ۶ | زن |
| ۱۱ | ۲۶ | فوق لیسانس | کارمند | ۳ | شوهر |
| ۱۲ | ۳۰ | فوق لیسانس | کارمند | ۴ | زن |
| ۱۳ | ۳۳ | دیپلم | آزاد | ۶ | زن |
| ۱۴ | ۳۸ | راهنمایی | آزاد | ۷ | زن |
| ۱۵ | ۳۴ | زیر دیپلم | آزاد | ۷ | شوهر |
| ۱۶ | ۲۷ | لیسانس | کارمند | ۳ | شوهر |
| ۱۷ | ۳۹ | دیپلم | کارمند | ۷ | زن |
| ۱۸ | ۳۴ | دیپلم | آزاد | ۵ | زن |
| ۱۹ | ۴۴ | دیپلم | آزاد | ۱۵ | شوهر |

جدول ۲- زیرطبقات و طبقات استخراج شده از داده‌ها

| زیرطبقات | طبقات |
|--------------------------------------|---------------------------|
| نگرانی از سلامت بارداری | بیم و امید به پیامد درمان |
| نگرانی از انتقال مشکلات به جنین | |
| خوش‌بینی نسبت به نتیجه درمان | |
| ترس از انگ ناباروری | ترس از انگ اجتماعی |
| ترس از انگ اهدایی بودن جنین | |
| تحمل هزینه‌های کمرشکن درمان ناباروری | نگرانی تأمین مالی |
| ترس از تأمین مالی خانواده در آینده | |
| تمایل به مشارکت در مراقبت بارداری | نیاز به مشارکت و آموزش |
| نیاز به دریافت مشاوره و آموزش زوجی | |

بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج مطالعه حاضر مردانی که همسر آن‌ها به روش IVF باردار شده بودند، بیم و امید به پیامد درمان، ترس از انگ

اجتماعی، نگرانی تأمین مالی و نیاز به مشارکت و آموزش را درک کرده بودند. بیم و امید به پیامد درمان ناباروری یکی از طبقات حاصل در مطالعه حاضر بود. برخی

گزارش پیامدها و مشکلات روانی درک شده پرداخته‌اند و گزارشی مبنی بر درک حالات مثبت روانی گزارش نشده است (۲۲ و ۲۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان، نگران انتشار موضوع و قضاوت اجتماعی اطرافیان بودند و جهت حمایت خود و کودک از این انگ، پنهان کاری می‌کردند. Hinton و Miller معتقدند ناباروری یک تجربه همراه با انگ در هر دو حیطه فردی و اجتماعی است (۲۴). مطالعات نشان داده است زوج‌هایی که تحت درمان روش‌های کمک باروری قرار می‌گیرند، حمایت لازم را از محیط اجتماعی نزدیک خود مانند خانواده و خویشاوندان دریافت نمی‌کنند. در مطالعه‌ای ۷۰٪ زنان و ۶۰٪ مردان پاسخ دادند که منبع اصلی حمایت اجتماعی آنان در طول درمان ناباروری همسرشان می‌باشد و ترجیح می‌دهند که به علت محافظت خود، همسر و فرزند آینده از مضرات اجتماعی و روانی پیرامون ناباروری، روش درمان خود را از دیگران مخفی نمایند (۲۵ و ۲۶). در واقع انگ ناباروری با محروم کردن فرد از یک هنجار هویتی که جامعه به آن بها می‌دهد، انزوای بیشتر و فاصله‌گیری آن‌ها از جهان بارورها را تشدید می‌کند (۲۷). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Arya و Dibb همسو است. آن‌ها نیز در مطالعه کیفی خود انگ را یکی از تجارب مردان تحت درمان ناباروری ذکر کرده‌اند. همچنین آن‌ها نشان دادند که مشارکت‌کنندگان از این که اطرافیان فرزند حاصل از لقاح آزمایشگاهی را فرزند بیولوژیکی آن‌ها ندانند نگران بوده‌اند (۲۸). مطالعه Readings و همکاران نشان داد که تصمیم به رازداری در مورد روش بارداری در زوج‌هایی که

مشارکت‌کننده‌ها از موفقیت‌آمیز بودن درمان مطمئن نبوده و نگران پیامدهای مرتبط به سلامت مادر و جنین بودند. با توجه به این که بیش‌تر زوج‌های نابارور چندین بار متوالی تحت فرایند درمان قرار می‌گیرند، بدیهی است ناراحتی‌های جسمی و روانی ناشی از عدم موفقیت درمان و نیز خود ناباوری باعث حساسیت و نگرانی در مورد پیامد درمان باشد (۲۱). مرور سیستماتیک که در بازه زمانی سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ در مقالاتی که در مورد استرس روانی بعد از بارداری به دنبال روش‌های کمک باروری انجام گرفت، نشان داد زنانی که به کمک این روش باردار شدند، سطح اضطراب بالاتر و کیفیت زندگی نامطلوب‌تری نسبت به زنانی که به صورت طبیعی باردار شدند، تجربه کرده‌اند. بیش‌تر اضطراب آنان ناشی از ترس از دست دادن بارداری و بقای جنین، ناهنجاری جنین، بارداری پرخطر و بروز مشکلات در زمان زایمان بیان شده است (۲۲ و ۲۳). تمرکز بیش‌تر مطالعات به نگرانی مادران از پیامدهای بارداری معطوف گردیده است و مطالعات در زمینه نگرانی پدران در بارداری ناشی از روش‌های کمک ناباروری محدود است. اگر چه در مطالعه حاضر نگرانی‌های پدران تا حدودی مشابه نگرانی‌های ذکر شده برای مادران در دوران بارداری می‌باشد، این نتایج توسط برخی از مطالعات محدود که حاکی از سطح بالای اضطراب پدران در دوران بارداری همسر پس از IVF می‌باشد، حمایت می‌شود (۱۵). وجه تمایز مطالعه حاضر با مطالعات موجود، در درک امید به پیامد درمان در پدران است. اکثر مطالعات موجود که در مورد مادران می‌باشد نیز به

دریافت‌کننده تخمک، اسپرم و رحم جایگزین می‌باشد، شدت بیش‌تری دارد. اگر چه در مطالعه حاضر بارداری حاصل اسپرم و تخمک خود زوج‌ها بود، ولی نتایج نشان داد حتی در این موارد نیز مردان ترس از انگ و تمایل به رازداری و پنهانکاری را درک نمودند (۲۹).

از دیگر نگرانی‌های مشارکت‌کنندگان تأمین مالی اعم از تحمل هزینه‌های کمرشکن درمان ناباروری و ترس از تأمین مالی خانواده در آینده بود. این افراد، ممکن است عدم موفقیت IVF را بارها تجربه کرده باشند و با توجه به عدم پوشش این درمان‌ها توسط خدمات بیمه در کشور ما، مشکلات بسیاری را تحمل می‌کنند. به ویژه زمانی که این افراد مجبور می‌شوند برای درمان به شهر دیگری سفر کرده و هزینه‌های مالی سنگین‌تری را متقبل شوند. علاوه بر این هزینه‌ها، تأمین هزینه زندگی بهتر برای فرزندی که هزینه زیادی برای داشتن وی صرف شده، نگرانی مضاعفی را بر والدین تحمیل می‌کند. در مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی که در بازه زمانی سال ۱۳۹۱-۱۳۹۳ در ۹ استان کشور با هدف بررسی نحوه استفاده از خدمات و درمان‌های ناباروری در زوج‌های نابارور انجام یافت، مشخص گردید که در ۶۱٪ زوج‌ها، مشکلات اقتصادی و عدم دسترسی به پوشش کامل بیمه خدمات ناباروری مهم‌ترین عامل قطع درمان بوده است (۳۰). این یافته‌ها توسط نتایج مرور سیستماتیک که در مورد تأثیرات اقتصادی ناباروری بر زنان در کشورهای در حال توسعه انجام یافته، حمایت می‌شود. اگر چه این مطالعه برخلاف مطالعه حاضر بر زنان متمرکز بوده است، ولی نتایج

آن حاکی از هزینه‌های کمرشکن درمان‌های پایه و حتی مداخلات بدون نتیجه درمان ناباروری می‌باشد و نشان داد که در این کشورها سهم پرداخت از جیب بیماران قابل توجه است و حتی در صورت موفقیت درمان ناباروری، تأمین هزینه‌های بعدی را نیز با مشکلات خاصی مواجه می‌کند (۳۱). مطالعه Dyer و همکاران نیز در آفریقای جنوبی نشان داد که پرداخت سالانه هزینه‌های کمرشکن درمان ناباروری برای زوج‌های نابارور، بخش اعظمی از هزینه‌های غیرغذایی سالانه خانوار را به خود تخصیص می‌دهد (۳۲).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش این بود که مردان انتظار داشتند در فرآیند درمان، در مراقبت‌های بارداری و در حمایت از همسر مشارکت داده شوند. مردان احساس می‌کردند که توجهی از طرف اعضای حرف پزشکی به مشارکت دادن آن‌ها نمی‌شود و در واقع خود را به عنوان مهره گم شده در زنجیره درمانی-مراقبتی فرآیند درمان ناباروری و مرحله پس از آن می‌دانستند. مشارکت‌کنندگان در پژوهش بیان می‌کردند که اطلاعات آن‌ها در زمینه روش درمانی، فرآیند آن، تغییرات جسمی روانی و نیازهای زنان بعد از انتقال جنین و دوره بارداری کم بوده و علی‌رغم وجود دنیایی از اطلاعات در فضاهای مجازی به صحت آن‌ها اعتماد نداشته و خواهان آرایه اطلاعات و مشاوره از جانب کادر پزشکی مرکز درمان ناباروری در قالب برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای نه تنها برای زنان بلکه برای خود نیز بودند، تا بتوانند در طول بارداری حمایت بیش‌تری از همسر خود داشته باشند. مطالعه

کیفی Matseke و همکاران با هدف تبیین معنای مشارکت مردان در مراقبت دوران بارداری در مناطق روستایی آفریقای جنوبی نشان داد که مردان مفهوم مشارکت را حمایت ابزاری از همسر در دوران بارداری به صورت حمایت مالی، کمک فیزیکی در انجام وظایف روزمره می‌دانستند (۳۳). تفاوت این مطالعه با مطالعه حاضر را می‌توان ناشی از تفاوت‌های فرهنگی بین نمونه‌ها و همچنین وضعیت باردار شدن مادر به روش طبیعی در مطالعه یاد شده دانست. به نظر می‌رسد بارداری پس از روش‌های کمک باروری باعث می‌شود درک مردان از مشارکت متفاوت شود. این موضوع توسط نتایج مطالعه Nesane و همکاران نیز که به بررسی دیدگاه مردان آفریقایی تبار نسبت به مشارکت در مراقبت دوران بارداری پرداخته بودند، حمایت می‌شود. در این مطالعه نیز دیدگاه مردانی که همسرشان به روش طبیعی باردار شده بودند، نسبت به مشارکت در مراقبت دوران بارداری بدین صورت تعریف شد که آنان مراقبت دوران بارداری را یک موضوع زنانه می‌دانستند و خود را ملزم به مشارکت نمی‌دانستند (۳۴). مرور سیستماتیک Poh و همکاران در مورد تجارب مردان در دوران بارداری همسر، نشان داد که آن‌ها نیازمند حمایت ارایه‌دهندگان خدمات سلامت هستند و خواهان دریافت اطلاعات می‌باشند، ولی علی‌رغم این نیاز، میزان مشارکت آن‌ها به دلیل موانعی مانند مشغله کاری مناسب نیست (۳۵). با توجه به مقایسه یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات موجود، به نظر می‌رسد که نیاز به دریافت آموزش و تمایل به مشارکت در مردانی که همسرانشان به روش IVF باردار

شده‌اند، بیش‌تر می‌باشد. توجه این یافته می‌تواند این گونه باشد که روند درمان ناباروری مستلزم حضور زوج‌ها است و به صورت ناخواسته این مشارکت در فرایند درمان ناباروری شکل می‌گیرد که به نظر می‌رسد پس از موفقیت درمان نیز با قوت بیش‌تری ادامه می‌یابد.

مردانی که همسر آن‌ها با روش لقاح داخل آزمایشگاهی باردار شده‌اند در کنار امید به پیامد درمان، از یک سو نگران انگ اجتماعی ناباروری و جنین‌اهدایی، پیامد ناخوشایند و مشکلات اقتصادی هستند و از سوی دیگر انتظار دارند در فرآیند درمان ناباروری و مراقبت‌های بارداری مشارکت داده شوند و آموزش لازم را پیرامون مسایل مرتبط به مراقبت‌های پس از بارداری با این روش دریافت نمایند. بنابراین در برنامه‌ریزی‌های سلامت باروری، طراحی برنامه‌های مشاوره‌ای مناسب جهت آموزش خانواده و جامعه به منظور ارتقای سطح آگاهی، بینش و عملکرد آنان در جهت رفع نگرانی‌ها و برآورد انتظاراتشان ضروری به نظر می‌رسد. تا بتوان انتظارات و نگرانی‌های آن‌ها را برآورده کرد.

از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر این بود که به نظر می‌رسد براساس بررسی‌های متون، اولین مطالعه‌ای است که به بررسی مسایل و مشکلات مردانی که همسر آن‌ها با روش آزمایشگاهی باردار شده‌اند، پرداخته است. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، تمایل به پنهان‌کاری و عدم بیان برخی از تجارب و احساسات از سوی مردان بود. اگرچه مصاحبه‌کننده با تلاش بسیار سعی کرد با ارایه توضیحات و جلب اطمینان و

اعتماد مشارکت‌کنندگان از محرمانه بودن مصاحبه‌ها تا حدودی بر این مشکلات غلبه کند.

ارومیه می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و کادر درمان بیمارستان شهید مطهری ارومیه به جهت همکاری‌های لازم و کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش که صبورانه در این مطالعه مشارکت داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی (کد ۲۷۸۶-۳۳-۰۱) مصوب دانشگاه علوم پزشکی

منابع

- 1 - Berek JS. Berek and Novak's gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- 2 - Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007 Apr; 21(2): 293-308.
- 3 - Inhorn MC. Right to assisted reproductive technology: overcoming infertility in low-resource countries. Int J Gynaecol Obstet. 2009 Aug; 106(2): 172-4.
- 4 - Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The trend of infertility in Iran, an original review and meta-analysis. Nursing Practice Today. 2014; 1(1): 46-52.
- 5 - Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. Sociol Health Illn. 2010 Jan; 32(1): 140-62.
- 6 - Sullivan EA, Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, de Mouzon J, Nygren KG, et al. International committee for monitoring assisted reproductive technologies (ICMART) world report: assisted reproductive technology 2004. Hum Reprod. 2013 May; 28(5): 1375-90.
- 7 - Beckmann CRB, Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP. Obstetrics and gynecology. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014. P. 371-380.
- 8 - Schmalings KB, Sher TG. The psychology of couples and illness: theory, research, and practice. 1st ed. Washington DC: American Psychological Association; 2000. P. 241-267.
- 9 - Abbasi-Shavazi MJ, Razeghi Nasrabad HB, Behjati Ardakani Z, Akhondi MM. [Attitudes of infertile women towards gamete donation: a case study in Tehran]. J Reprod Infertil. 2006 Jul-Sep; 7(2): 139-148. (Persian)
- 10 - Sami N, Saeed Ali T. Perceptions and experiences of women in Karachi, Pakistan regarding secondary infertility: results from a community-based qualitative study. Obstet Gynecol Int. 2012; 2012: 108756.
- 11 - Valiani M, Abedian S, Ahmadi SM, Pahlavanzade S. [The effects of relaxation on outcome treatment in infertile women]. Complementary Medicine Journal of Faculty of Nursing & Midwifery. 2014; 4(2): 845-853. (Persian)
- 12 - Smorti M, Smorti A. Transition to parenthood in infertile couples. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2012; 46: 527-531.
- 13 - Ying L, Wu LH, Loke AY. Gender differences in emotional reactions to In vitro fertilization treatment: a systematic review. J Assist Reprod Genet. 2016 Feb; 33(2): 167-79.
- 14 - Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. JAMA. 2010 May 19; 303(19): 1961-9.
- 15 - Vanska M, Punamaki RL, Tolvanen A, Lindblom J, Flykt M, Unkila-Kallio L, et al. Paternal mental health trajectory classes and early fathering experiences: prospective study on a normative and formerly infertile sample. International Journal of Behavioral Development. 2016 Jun; 41(5): 570-580.

- 16 - The United Nations Population Fund (UNFPA). Strengthening civil society organizations and government partnerships to scale up approaches to engaging men and boys for gender equality and sexual and reproductive health and rights. Available at: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/50694_-_Scaling_up_Men_and_Boys_-_revised.pdf. 2016.
- 17 - Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. California: Sage Publication; 2007.
- 18 - Peters K, Halcomb E. Interviews in qualitative research. *Nurse Res*. 2015 Mar; 22(4): 6-7.
- 19 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb; 24(2): 105-12.
- 20 - Burns N, Grove SK. Understanding nursing research: building an evidence-based practice. 5th ed. Maryland Heights, MO: Elsevier/Saunders; 2011.
- 21 - KhodaKarami N, Hashemi S, Sedigh S, Hamdieh M, Taheripanah R. [Life experience with infertility, a phenomenological study]. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2010; 10(4): 287-297. (Persian)
- 22 - Yakupova VA, Zakharova EI, Abubakirov AN. The mental state of women with an IVF pregnancy. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2015; 8(1): 14-21.
- 23 - Gourounti K. Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: a systematic review. *Women Health*. 2016; 56(1): 98-118.
- 24 - Hinton L, Miller T. Mapping men's anticipations and experiences in the reproductive realm: (in) fertility journeys. *Reprod Biomed Online*. 2013 Sep; 27(3): 244-52.
- 25 - Malina A, Pooley JA. Psychological consequences of IVF fertilization - Review of research. *Ann Agric Environ Med*. 2017 Dec 23; 24(4): 554-558.
- 26 - Canneaux M, Kobilinsky N, Wolf JP, Golse B, Beauquier-Maccotta B. Information, transmission, secrecy: What kind of discourse for children born by gamete donation?. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016 Jul-Aug; 44(7-8): 410-6.
- 27 - Sternke EA, Abrahamson K. Perceptions of women with infertility on stigma and disability. *Sex Disabil*. 2015; 33(1): 3-17.
- 28 - Arya ST, Dibb B. The experience of infertility treatment: the male perspective. *Hum Fertil (Camb)*. 2016 Dec; 19(4): 242-248.
- 29 - Readings J, Blake L, Casey P, Jadva V, Golombok S. Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reprod Biomed Online*. 2011 May; 22(5): 485-95.
- 30 - Hossein Rashidi B, Malek Afzali H, Haghollahi F, Abedini M, Eslami M. [The utilization of infertility services by infertile couples in Iranian infertility clinics in 2012-2014]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017 May; 20(2): 1-12. (Persian)
- 31 - Dyer SJ, Patel M. The economic impact of infertility on women in developing countries - a systematic review. *Facts Views Vis Obygn*. 2012; 4(2): 102-9.
- 32 - Dyer SJ, Sherwood K, McIntyre D, Ataguba JE. Catastrophic payment for assisted reproduction techniques with conventional ovarian stimulation in the public health sector of South Africa: frequency and coping strategies. *Hum Reprod*. 2013 Oct; 28(10): 2755-64.
- 33 - Matseke MG, Ruitter RAC, Barylski N, Rodriguez VJ, Jones DL, Weiss SM, et al. A qualitative exploration of the meaning and understanding of male partner involvement in pregnancy-related care among men in rural South Africa. *J Soc Behav Health Sci*. 2017; 11.
- 34 - Nesane K, Maputle SM, Shilubane H. Male partners' views of involvement in maternal healthcare services at Makhado Municipality clinics, Limpopo Province, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2016 May 6; 8(2): e1-5.
- 35 - Poh HL, Koh SS, He HG. An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *Int Nurs Rev*. 2014 Dec; 61(4): 543-54.

The perceptions of men awaiting the first child following In vitro fertilization: A qualitative study

Roghieh Bayrami* Fatemeh Effati-Daryani** Masoumeh Hajshafiha*** Rokhsana Janghorban****

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2018
Accepted: May 2018
e-Published: 27 Jun. 2018

Background & Aim: Couples face many problems in pregnancies following In vitro fertilization (IVF) compared to normal pregnancies. The majority of studies have focused on women, and men have received less attention. So, this study aimed to explore the perceptions of men awaiting the first child following IVF.

Methods & Materials: This qualitative study was carried out in Shahid Motahari hospital in Urmia during 2017-2018. Data were collected using 19 individual in-depth semi-structured interviews. Participants were selected among men whose wives got pregnant by IVF, through purposeful sampling, until data saturation was reached. Data were analyzed through conventional content analysis approach using the MAXQDA software version 10.

Results: Four categories of "hope and fear of treatment outcome", "fear of social stigma", "financial concern", and "need for participation and training" were emerged from data analysis.

Conclusion: Men whose wives got pregnant through IVF have expectations and needs that must be addressed. On the one hand, the men are concerned about the social stigma of infertility and donation, the outcome of treatment, and the economic problems of treatment, and on the other hand they expect to be involved in the process of treatment and prenatal care.

Corresponding author:
Rokhsana Janghorban
e-mail:
janghorban@sums.ac.ir

Key words: In vitro fertilization, infertility, men

Please cite this article as:

- Bayrami R, Effati-Daryani F, Hajshafiha M, Janghorban R. [The perceptions of men awaiting the first child following In vitro fertilization: A qualitative study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2018; 24(2): 111-126. (Persian)

* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran; Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

** Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

*** Dept. of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran; Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**** Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; Maternal-Fetal Medicine Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran